

Declaración de datos

Este formulario fue diseñado para que el trabajador de elegibilidad lo llenara durante la entrevista en persona con el solicitante. Sin embargo, el solicitante lo puede llenar en situaciones especiales, como cuando el hogar se recertifica o cuando se solicita por medio del correo.



A. ¿Son todas las personas en el hogar ciudadanos de los Estados Unidos? Sí No
(Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta "E")

Los solicitantes no tienen que proporcionar información ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y que no están solicitando beneficios.

Nombre de la persona:	¿Patrocinada?	¿Cuántos años en total ha estado cada persona en su hogar viviendo en los Estados Unidos (EE. UU.)?	¿Cuántos de esos años obtuvieron dinero usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) por medio de un trabajo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años, si es que alguno, trabajaron usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) en los EE. UU. o en una compañía de los EE. UU. pero viviendo fuera de los EE. UU.?
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
6.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
8.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

B. ¿Alguna persona en su hogar que no es ciudadana está en servicio activo en las fuerzas militares de los EE. UU., es veterana, o es el esposo(a) o niño que depende de alguien que está en servicio activo o es un veterano? Si la respuesta es "Sí", explique: Sí No

Nombre de la persona:	Ramo de servicio:	Fecha de servicio:

C. ¿Hay alguien en el hogar que no es ciudadano que es una persona maltratada/abusada? Sí No

D. ¿Tiene alguna persona que no es ciudadana 40 trimestres ó 10 años de trabajo en los EE. UU.? Si la respuesta es "Sí", escriba su(s) nombre(s) a continuación: Sí No

Nombre de la(s) persona(s) con por lo menos 40 trimestres de trabajo:

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

Case Name _____

Case Number _____

Worker Number _____ Date _____

TYPE OF APPLICATION

New Recert

Residency verified

Length of time in another's home

FS ID verified

Received food stamps

Where? _____

When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
6. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
7. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
8. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
9. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
10. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

Honorable Discharge verified YES NO

INS Petition Filed? YES NO

40 Quarters Verified

Own Quarters

Spouse's Quarters

Spouses' Combined Quarters

Parent(s) Quarters

CFAP YES NO

Person #: _____

Declaración de datos

E. ¿Alguien en el hogar tiene 60 años de edad o más y no puede comprar ni preparar su propia comida? ¿Alguien en el hogar está ciego, sordo, incapacitado/discapacitado o embarazada? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

F. ¿Alguien vive en cualquiera de los siguientes tipos de establecimientos o participa en algún programa de alimentación incluyendo a los que aparecen a continuación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

- Refugio para personas sin hogar
- Refugio para mujeres maltratadas
- Reservación para indios indígenas de los EE. UU.
- Centro de rehabilitación contra las drogas y el alcohol
- Vivienda subsidiada federalmente
- Establecimiento comunal de alimentación para ancianos/incapacitados/discapacitados
- Arreglo de vivienda colectiva para ciegos o incapacitados/discapacitados
- Programa de Distribución de Alimentos
- Establecimiento correccional/Institución penal
- Hospital psiquiátrico
- Institución mental

Nombre	Nombre del centro/refugio/programa de alimentación/etc.	Fecha en que entró	Fecha en que se espera que salga

G. ¿Le paga usted a alguien o alguien le paga a usted por la comida y/o una habitación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre de la persona que paga por comidas/habitación	Nombre de la persona que proporciona las comidas/habitación	Marque: <input checked="" type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Ambas cosas	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	# de comidas por día

H. ¿Algún miembro del hogar está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (felony), o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (probation o parole)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

I. Después del 22 de agosto de 1996, ¿usted o algún miembro de su hogar han sido declarados culpables de un delito mayor relacionado a las drogas debido a la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre de la persona declarada culpable	Fecha en que fue declarada culpable:	Fecha del delito:

J. ¿Alguna vez se le han suspendido las estampillas para comida a alguien debido a sanciones relacionadas al trabajo o entrenamiento, o por no cumplir los requisitos de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), o debido a una violación intencional del programa, o por fraude en la asistencia pública? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cuánto tiempo?	¿En qué condado/estado?

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

Separate household required
 YES NO

Medical Expenses
DFA 285C Completed
 YES NO

FS Eligible Facility
 YES NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
 YES NO

Good cause if sanction was imposed?
 YES NO

Minimum FS sanction completed?
 YES NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
 YES NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
 YES NO

Declaración de datos

K. ¿Está alguien, que tenga 16 años de edad o más, matriculado en la escuela, universidad (college) o en un programa de entrenamiento? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona	Nombre de la escuela	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro	# de unidades por semestre/trimestre	Trabajando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de horas _____
Nombre de la persona	Nombre de la escuela	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro	# de unidades por semestre/trimestre	Trabajando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de horas _____

L. En los últimos 60 días, ¿ha dejado alguien de trabajar, o se ha negado a trabajar o estar en entrenamiento? Sí No
¿Está alguien en huelga? Sí No
Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Nombre de la persona	En huelga <input type="checkbox"/> Dejó/Se rehusó a trabajar <input type="checkbox"/>	Ultimo día que trabajó	Fecha en que recibió su último pago
Nombre/Dirección del empleador/entrenamiento		Si dejó o se rehusó a trabajar o participar en entrenamiento, explique.	

M. En los últimos tres meses, ¿alguien ha vendido, gastado, o regalado algún bien personal o de bienes raíces, tal como una casa, carro, cuenta bancaria, dinero proveniente de un convenio legal o debido a un accidente, o cualquier otra cosa? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre	Explique

N. ¿Es alguien dueño de, o está comprando, bienes raíces en cualquier lugar (dentro o fuera de los EE. UU.)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Tipo	Dirección o lugar	Se usa como: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:
Tipo	Dirección o lugar	Se usa como: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:

O. ¿Es alguien dueño de un vehículo? (Incluya los que funcionan y no funcionan) Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3
Dueño del vehículo			
¿Se está alquilando el vehículo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Año/Marca/Modelo			
Número de placa			
Cantidad que se debe			
¿Está registrado actualmente el vehículo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

FS Eligible Student
 YES NO

FS Eligible Student
 YES NO

Striker Regs Apply
 YES NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
\$ _____

Voluntary Quit
 YES NO

Good Cause
 YES NO

Vehicle exempt? Vehicle #: _____

- Produce Income
- Job/work training, other than daily commute
- Drive disabled FS HH member
- Home
- To get fuel/water for home

Net vehicle value less than \$1500?

Vehicle #1 Yes No
 Vehicle #2 Yes No
 Vehicle #3 Yes No

Countable value
 Vehicle #1 \$ _____
 Vehicle #2 \$ _____
 Vehicle #3 \$ _____
Total \$ _____

Declaración de datos

P. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los recursos que aparecen a continuación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

- Dinero en efectivo o cheques
- Fondos para la jubilación
- Contratos de ventas
- Acciones, bonos, certificados de depósito
- Hipotecas
- Cuentas de inversión en el mercado de valores
- Cuentas en una unión de crédito
- Compensación (de empleados) aplazada voluntariamente para su inversión
- Cuentas de cheques o de ahorros
- Cuentas individuales de jubilación o plan de jubilación Keogh (para personas con negocio propio)
- Derechos en relación a petróleo, minas o minerales
- Otro

Tipo de recurso	Dueño	Valor actual	Cantidad que se debe (si alguna)	Nombre y dirección del banco/institución	Número de cuenta

Q. ¿Alguien, incluyendo a los niños, recibe o espera recibir dinero proveniente de alguno de los fuentes mencionados a continuación? Sí No

- Asistencia monetaria (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [CalWORKs], Asistencia para Refugiados, Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes [CAPI], Asistencia General/Ayuda General, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] para Indígenas de Tribus)
- Beneficios del Estado (beneficios del Seguro contra Desempleo o Incapacidad/Discapacidad)
- Pagos de la Administración para Veteranos (incapacidad/discapacidad, educación, ayuda y asistencia, etc.)
- Beneficios del Seguro Social o Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)
- Consejo para la jubilación por haber trabajado para el ferrocarril (incapacidad/discapacidad o jubilación)
- Otros beneficios por incapacidad/discapacidad, jubilación o para sobrevivientes
- Mantenimiento de hijos/esposa(o)
- Subvenciones, préstamos y/o becas para la educación
- Cantidad fija para cada uno de los indios (indígenas) de los Estados Unidos de América
- Ganancias de juego (bingo, lotería, premios, etc.)
- Beneficios por huelga
- Pagos por entrenamiento
- Otro

Nombre	Fuente del dinero	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

R. ¿Alguien en el hogar, incluyendo a los niños, trabaja o espera trabajar en los próximos dos meses? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Persona que trabaja	Empleador y dirección	# de horas que trabaja por mes	Ingresos brutos mensuales

S. Para poder trabajar, participar en entrenamiento, ir a la escuela o buscar trabajo, ¿alguien paga para el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado/discapacitado? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona(s) recibe cuidado	Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
		\$	
		\$	

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

Total Value = _____

- SSI pending YES NO
- Interim Assistance YES NO
- GA YES NO
- CAPI YES NO

Person #: _____

- Self -employed?
- Actual 40%

Is the caretaker a household member?

- YES NO

Declaración de datos

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

T. ¿Alguien paga todo o parte del costo para el cuidado de los niños de usted? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga? \$ _____ por _____
-------------------------------	-------------------------------------

U. ¿Alguien en el hogar paga el mantenimiento de hijos? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona que paga	Nombre del niño(s) que recibe el mantenimiento	Cantidad pagada por mes	¿Ordenado por la corte?
		\$ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		\$ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

V. ¿Tiene usted o alguien que vive en el hogar algún gasto de vivienda? Sí No

	Nombre	Costo total	Cantidad que Ud. paga	Cantidad que otros miembros del hogar/familia paga(n)	¿Con que frecuencia hay que pagar?
Renta o pago de casa		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Impuestos de la propiedad y seguro (si es por separado)		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Gas, electricidad u otro combustible		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Agua, alcantarillado, basura		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Teléfono		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Otro gasto		\$ _____	\$ _____	\$ _____	

W. Usted puede autorizar a otra persona en su hogar o fuera de su hogar que recoja sus estampillas para comida. Si quiere autorizar a otra persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

X. ¿Le interesa recibir información o una referencia acerca de cobertura médica (Medi-Cal--Programa de Asistencia Médica de California o Healthy Families--Programa de Familias Saludables)? Sí No

Court order on file?
 YES NO

Amount ordered: \$ _____

Total housing verified?
 YES NO

Total housing
\$ _____

Shared housing
 YES NO

Utilities verified?
 YES NO

Heating or Cooling verified?
 YES NO

Client elects?
 Actual SUA

If actual
Total utilities
\$ _____

SUA prorated?
 YES NO

Declaración de datos

CERTIFICACION

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Entiendo las preguntas en este formulario. ■ Entiendo que cualquier información que yo he proporcionado, incluyendo información acerca de beneficios o ingresos, se verificará con los registros locales, estatales y federales, tales como empleadores, la Administración del Seguro Social, oficinas de impuestos, asistencia pública, empleo, etc. ■ Entiendo que si no soy ciudadano, el Condado enviará información al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar la situación de personas que no son ciudadanas y también a la Administración del Seguro Social para verificar información sobre los trimestres de trabajo para personas que no son ciudadanos que están solicitando beneficios de estampillas para comida. ■ Entiendo que es posible que la información que el Condado reciba del INS y/o del Seguro Social afecte mi elegibilidad para beneficios de estampillas para comida. ■ Entiendo que la información que yo proporciono en este formulario, incluyendo información sobre beneficios o ingresos, está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, del estado y del gobierno federal. También entiendo que si proporciono información errónea, es posible que se me nieguen o se suspendan las estampillas para comida. ■ Entiendo mis derechos y responsabilidades (el formulario DFA 285 A3) y estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades. ■ Entiendo las sanciones, incluyendo las sanciones específicas de descalificación para estampillas para comida que se explican en el formulario DFA 285 A3 por proporcionar información errónea o incompleta, por no reportar toda la información o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad o beneficios de estampillas para comida. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Entiendo que es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del grupo (aun si ya no vive en el hogar), al patrocinador de un miembro del grupo que no sea ciudadano, o al representante autorizado de personas que residen en una institución elegible, que reembolsen cualquier beneficio que el grupo haya recibido y que no debió haber recibido. ■ Entiendo que es posible que elijan mi caso para llevar a cabo una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente calculada. También entiendo que tengo que cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y del gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión del control de calidad. ■ Entiendo que no puede recibir estampillas para comida ningún miembro de mi grupo que esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (<i>felony</i>) o para evitar ser detenido o encerrado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (<i>probation</i> o <i>parole</i>). ■ Entiendo que no puede recibir estampillas para comida ningún miembro del grupo que a partir del 22 de agosto de 1996 cometió y fue declarado culpable de un delito mayor (<i>felony</i>) relacionado a las drogas debido a la posesión, uso, o distribución de una sustancia controlada. ■ Entiendo que si soy elegible, mis beneficios se calcularán a partir de la fecha de mi solicitud. Se me notificará si soy elegible o no, antes de que pasen treinta (30) días contadas a partir de la fecha de mi solicitud. |
|---|--|

Entiendo que si el condado ha completado este formulario basándose en mis respuestas, he revisado la información y estoy de acuerdo de que se ha escrito correctamente. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

Firma (Miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida o representante autorizado)	Fecha
---	-------

Firma del testigo o intérprete	Fecha
--------------------------------	-------

Firma del trabajador de elegibilidad	Fecha
--------------------------------------	-------